

がん対策推進基本計画 中間評価報告書  
(案)

平成22年〇月〇日  
厚生労働省

## 【目次（案）】

### 第1章 がん対策推進基本計画の策定の趣旨

### 第2章 中間報告の目的と検討経緯

#### I 中間報告の目的

#### II 中間報告の検討経緯

### 第3章 中間報告

#### I 全般的な進捗状況

##### 1 がんによる死亡者の減少

##### 2 すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

#### II 分野別の個別目標に対する進捗状況

##### 1 がん医療

###### ①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

###### ②緩和ケア

###### ③在宅医療

###### ④診療ガイドライン

##### 2 医療機関の整備等

##### 3 がん医療に関する相談支援及び情報提供

##### 4 がん登録

##### 5 がんの予防

##### 6 がんの早期発見

##### 7 がん研究

### 第4章 今後の対応

#### I 全般的な課題

##### 1 がんによる死亡者の減少

##### 2 すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

#### II 分野別の課題

##### 1 がん医療

###### ①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成、

###### ②緩和ケア

###### ③在宅医療

###### ④診療ガイドライン

###### ⑤その他

##### 2 医療機関の整備等

- 3 がん医療に関する相談支援及び情報提供
- 4 がん登録
- 5 がんの予防
- 6 がんの早期発見
- 7 がん研究

第5章 終わりに

- I がん対策推進基本計画中間評価の総括
- II がん対策推進基本計画中間評価実績値と今後の課題一覧
- III がん対策推進基本計画代表目標項目一覧

- 資料1 がん対策推進協議会設置要綱及び構成員
- 資料2 がん対策推進協議会開催状況
- 資料3 がん対策推進基本計画に関する主な施策の概要
- 資料4 未設定数値目標の設定方法
- 資料5 都道府県がん対策指針計画策定状況

## 第1章 がん対策推進基本計画の策定の趣旨

政府におけるがん対策については、昭和59（1984）年度から開始された「対がん10カ年総合戦略」及びこれに引き続き平成6（1994）年度から開始された「がん克服10カ年戦略」により、がんのメカニズムの一端を解明するとともに、各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立など、その診断・治療技術も一定の進歩を遂げてきた。

さらに、政府においては、平成16（2004）年度より、がん罹患率と死亡率の激減を目指して、「がん研究の推進」に加え、質の高いがん医療を全国に普及することを目的に、「がん予防の推進」及び「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」を柱とする「第3次対がん10カ年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んできた。

また、厚生労働省においては、平成17（2005）年5月、厚生労働大臣を本部長とする「がん対策推進本部」を設置し、がんの病態に応じた横断的な連携を推進するとともに、8月に「がん対策推進アクションプラン2005」を策定し、第3次対がん10カ年総合戦略の更なる推進を図ってきた。

このように、厚生労働省をはじめ政府においては、がん対策を着実に実施し成果を収めてきたものの、がんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている現状にかんがみ、がん対策のより一層の推進を図るため、平成19（2007）年4月1日、がん対策基本法（以下「基本法」という。）が施行された。

この「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）は、基本法第9条第1項に基づき策定するものであり、長期的視点に立ちつつ、平成19（2007）年度から平成23（2011）年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）の基本となるものである。

## 第2章 中間報告の目的と検討経緯

### I 中間報告の目的

平成19（2007）年6月に閣議決定された基本計画に定める目標等を確実に達成するため、基本計画の進捗状況を把握することがきわめて重要との考えから、がん対策推進協議会の意見を聴きながら検討し、中間報告を行う。

### II 中間報告の検討経緯

中間報告を行うにあたって、平成20（2008）年11月からがん対策推進協議会を合計6回（P）開催し、専門家及び関係者からの意見を聴取し、検討を行った（資料2）。

### 第3章 中間報告

#### I 全般的な進捗状況

##### 1 がんによる死亡者の減少

###### （個別目標）

放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成などを内容とする「がん医療」を中心としつつ、「がんの予防」及び「がんの早期発見」など、基本計画に定める分野別施策を総合的かつ計画的に推進することにより、がんによる死亡者を減少させることを目標とした。

ただし、目標値については、高齢化の影響を極力取り除いた精度の高い指標とすることが適当であることから、「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」とした。年齢調整死亡率は、昭和60年当時に、現在の医療提供体制が整備されていたと仮定した場合の10万人あたりの死亡者数から算出した。

###### （進捗状況）

がん対策推進基本計画策定の際に得られていた平成17（2005）年がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の92.4を100%とすると、平成20（2008）年がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の87.2は94.4%に相当する。

##### 2 すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

###### （個別目標）

治療の初期段階からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療の更なる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供等により、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とした。

###### （進捗状況）

この目標達成に向けた進捗について把握すべく、厚生労働省研究班において指標の開発を行っているところである。

#### II 分野別の個別目標に対する進捗状況

##### 1 がん医療

###### ①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

### (個別目標)

がん診療を行っている医療機関が放射線療法及び化学療法を実施できるようにするため、まずはその先導役として、すべての拠点病院において、5年以内に、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備するとともに、拠点病院のうち、少なくとも都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、5年以内に、放射線療法部門及び化学療法部門を設置することを目標とした。

抗がん剤等の医薬品については、「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」に基づき、5年以内に、新薬の上市までの期間を2.5年短縮することを目標とした。

なお、放射線療法及び外来化学療法の実施件数を集学的治療の実施状況を評価するための参考指標として用いることとされている。

### (進捗状況)

厚生労働省においては、平成20(2008)年3月、がん診療連携拠点病院(「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に定める都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。以下「拠点病院」という。)の指定要件の見直しを行い、専門的な知識及び技能を有する、医師をはじめとした医療従事者の配置や、専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置を拠点病院に義務づけ、また都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院においては、放射線療法部門及び化学療法部門の設置を義務づけ、その推進を図った。なお、平成20(2008)年3月より以前に拠点病院として指定された病院については、新しい指定要件を平成22(2010)年4月1日から適用した。

放射線療法や化学療法を実施するために必要な設備の整備等に資するよう、放射線治療機器のリニアックの緊急整備を63施設に対して実施するとともに、拠点病院の機能強化のための補助を行った。

国立がんセンターがん対策情報センター(以下「がん対策情報センター」という。)においては、放射線療法や化学療法に従事する医療従事者に対する研修会を実施し、また大学院においては、放射線療法や化学療法等のがん医療に専門的に携わる医療従事者の養成を図った。

拠点病院においては、地域のがん診療に携わる医療従事者に対する研修を実施し、またがん診療に専門的に携わる医師がインターネットを利用した学習を可能にする環境の構築を行った。

医療上必要な抗がん剤等の医薬品について、我が国の医療現場で早期に使用できるようにするため、平成19年4月に策定した「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」に基づき、5年以内に、新薬の上市までの期間を2.5年短縮し、米国並みとすることを目標とした。具体的には、(独)医薬品医療機器総合機構(以下「総合機構」という。)の新薬審査人員を平成19年度からおおむね3年間で、236人増員するとともに、ガイドラインの策定など審査基準の明確化、国際共同治験の活性化、すべての治験相談にタイムリーに対応できる総合機構の体制の整備等に取り組むことにより、承認審査の迅速化や、承認申請までの期間短縮を図っているところである。

これらの取組の結果、個別目標に対しては、平成19(2007)年8月に都道府県を通じて拠点病院の現況を把握したところ、当時の拠点病院286施設のうち、締切り期限までに回答があった267施設について、93.2%に相当する249施設がリニアックを有し、94.4%に相当する252施設が外来化学療法室を有していた。平成20(2008)年9月1日現在、拠点病院375施設について、95.7%に相当する359施設がリニアックを有し、95.2%に相当する357施設が外来化学療法室を有する。

放射線療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合は、平成19(2007)年8月時点においては、当時の都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院49施設について、49.2%に相当する29施設が放射線療法部門を有し、また49.2%に相当する29施設が化学療法部門を有していた。平成20(2008)年4月1日現在、都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院91施設について、92.3%に相当する84施設が放射線療法部門を有し、また92.3%に相当する84施設が化学療法部門を有する。

一般に世界で最も早い時期に新薬が上市される米国とわが国における新薬の上市時期の差をもってドラッグ・ラグを試算することし、ドラッグ・ラグを承認申請時期の差(申請ラグ)と承認申請から承認までの審査に要する期間の差(審査ラグ)に分けて試算した。具体的には、申請ラグについては、当該年度に国内に承認申請された新薬について、申請企業への調査結果に基づき、米国における申請時期との差の中央値を試算した。審査ラグについては、米国食品医薬品庁(FDA)が公表しているデータに基づき、日米における新薬の総審査期間の中央値の差を試算した。その結果、今回の試算においては、ベースラインである平成18年度には、申請ラグ1.2年・審査ラグ1.2年で、ドラッグ・ラグは2.4年であった。進捗状況として、平成19年度には、申請ラグ2.4年・審査ラグ1.0年で、ドラッグ・ラグは3.4年であり、平成20年度には、申請

ラグ1.5年・審査ラグ0.7年で、ドラッグ・ラグは2.2年であった。

放射線療法については、拠点病院における5大がんの平均治療人数及び平均治療回数は、平成19(2007)年4月から5月の267拠点病院の平均実績が1拠点病院あたり50.2人及び548.4回であったのに対し、平成20(2008)年6月から7月の375拠点病院の平均実績は1拠点病院あたり28.1人及び500.8回であった。

全国の放射線治療の実施施設及び治療件数については、社会医療診療行為別調査及び厚生労働省保険局医療課調べにより、放射線治療専任加算が、平成19(2007)年度において438施設9,017件であったのが、平成20(2008)年度において452施設11,138件であった。直線加速器による定位放射線治療が、平成19(2007)年度において159施設1361件であったのが、平成20(2008)年度において195施設319件であった。強度変調放射線治療は、平成20(2008)年度から保険導入され、平成19(2007)年度において0施設0件であったのが、平成20(2008)年度において47施設4075件であった。

化学療法については、拠点病院における外来化学療法加算の平均算定件数は、平成19(2007)年4月から5月の267拠点病院の平均実績が1拠点病院あたり321.2件であったのに対し、平成20(2008)年6月から7月の375拠点病院の平均実績は1拠点病院あたり410.4件であった。

全国の外来化学療法の実施件数及び治療件数については、社会医療診療行為別調査及び厚生労働省保険局医療課調べにより、外来化学療法加算が、平成19(2007)年度において1722施設91,164件であったのが、平成20(2008)年度において外来化学療法加算1が1,146施設95,801件、外来化学療法加算2が899施設18,319件であった。

## ②緩和ケア

### (個別目標)

10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することを目標とした。

原則として全国すべての2次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識及び技能を修得しているがん診療に携わる医師数を増加させるとともに、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備することを目標とした。



なお、医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当でないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとした。

#### (進捗状況)

平成20(2008)年3月には、都道府県やがん診療連携拠点病院等において開催される緩和ケア研修会の質を確保し、医師への基本的な知識の習得を行い、治療の初期段階から緩和ケアが提供されることを目的とし、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」を策定し、と都道府県やがん診療連携拠点病院等において、がん診療に携わる医師を対象とし、緩和ケアの基本的な知識の習得を目的とした緩和ケア研修会を実施した。

開催指針に準拠した緩和ケア研修会の修了者数は、平成19(2007)年3月末時点で0人であったのが、平成22(2010)年2月末現在では11,129人であった。

拠点病院の指定要件を見直し、身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師及び看護師から構成される緩和ケアチームを整備し、組織上目一貫うに位置づけることや、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること、緩和ケアチーム、主治医、看護師等が参加するカンファレンスの開催、緩和ケアに関する相談等窓口の設置、緩和ケアに関する研修を毎年定期的実施すること等を拠点病院に求めた。また、緩和ケア研修会にける指導者の育成を目的とした研修及び緩和ケアチームに対する研修を、がん対策情報センターにより実施した。その他、がん診療に専門的に携わる医師がインターネットを利用した学習を可能にする環境を構築し、がん医療に携わる医師に対するコミュニケーション技術に関する研修を実施した。さらに、医療用麻薬の適正な使用推進のための講習会を開催、医療用麻薬の適正使用ガイドンスの配布を行うとともに、厚生労働省及びがん対策情報センターホームページに掲載した。

国立がんセンター及び日本緩和医療学会が開催する「緩和ケア指導者研修会」及び「精神腫瘍学指導者研修会」の修了者数は、平成19(2007)年3月末時点で0人であったのが、平成21(2009)年12月末現在ではそれぞれ775人と384人であった。また、緩和ケアチームを設置している医療機関数は、平成19(2007)年5月時点で326病院であったのが、平成20(2008)年度医療施設調査では612病院であった。なお、平成19(2007)年5月時点での緩和

和ケアチームを設置している医療機関数については、平成19（2007）年5月時点における緩和ケアチームを設置している拠点病院数に、平成19（2007）年7月時点において緩和ケア診療加算を算定している病院数を加え、加算を算定している拠点病院数を差し引いたものである。

平成19（2007）年においては医療用麻薬の消費量は日本のモルヒネ換算消費量として3,835kgであったのが、平成20（2008）年においては4,152kgであった。

### ③在宅医療

#### （個別目標）

がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標とした。なお、目標については、がん患者の在宅での死亡割合を参考指標として用いることとした。

#### （進捗状況）

平成18（2006）年医療法改正において、医療計画の記載事項に、「居宅等における医療の確保に関する事項」を明示するとともに、がん・脳卒中・糖尿病・急性心筋梗塞の4疾病について、それぞれの疾病の特性に応じた医療連携体制を明示すること等を医療法に規定した。同計画等に基づき、拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等の地域ごとの連携を推進した。また、平成18（2006）年度診療報酬改定においては、新たに24時間の往診及び訪問看護の提供体制を持つ診療所を在宅支援診療所と位置づけ、手厚い評価を実施した。その結果、在宅療養支援診療所の数は、平成20年7月1日時点において、11,450施設となった。在宅緩和ケアに関する従事者に対し、それぞれの業務内容に応じた専門研修等を実施した。このほか、静岡市や尾道市において地域の医師会が中心となって在宅医療に係る先進的な取組が行われているが、このような好事例を厚生労働省において紹介するとともに、介護関係者も含めた連携体制を地域で構築するための協議会の設置を支援する等、在宅医療の提供体制の整備に努めている。

がん患者の在宅での死亡割合は、平成17（2005）年人口動態統計においては、自宅5.7%、老人ホーム0.5%、介護老人保健施設0.1%であったのが、平成20（2008）年人口動態統計においては、自宅7.3%、老人ホーム0.8%、介護老人保健施設0.2%であった。

### ④診療ガイドライン

### (個別目標)

科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインを作成するとともに、必要に応じて更新していくことを目標とした。

### (進捗状況)

厚生労働科学研究費補助金の研究班により、診療ガイドラインの作成状況について調査し、診療ガイドラインを作成又は更新すべきがん種についてリストアップし、作成・更新を実施しているところである。また、診療ガイドラインや新薬等の情報を収集し、がん医療についての情報をがん対策情報センターのホームページ等へ掲載することにより、医療従事者及び一般国民に向けた周知を迅速化した。

がん対策情報センターの調べによると、平成19（2007）年3月末時点において、作成されているガイドライン数は15であったのに対して、平成22（2010）年1月時点においては25であった。

## 2 医療機関の整備等

### (個別目標)

原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、概ね1箇所程度拠点病院を整備するとともに、すべての拠点病院において、5年以内に、5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）に関する地域連携クリティカルパス（拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備することを目標とした。

### (進捗状況)

拠点病院の機能強化を図るため、その指定要件を平成20（2008）年3月に見直し、わが国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。）について、地域連携クリティカルパスの整備を拠点病院に義務づけた。なお、平成20（2008）年3月より以前に拠点病院として指定された病院については、新しい指定要件を平成22（2010）年4月1日から適用した。拠点病院に対して、医療従事者の研修等、病院の機能強化のために必要な経費に関する補助を行い、医療連携体制の強化を図るため、拠点病院の全国連絡協議会を実施した。また、がん対策情報センターにより、拠点病院に対する診療支援や情報発信、医療従事者への研修等を、拠点病院より地域のがん診療を行っている医療機関に対する診療支援や研修等を実施し、我が国のがん医療の向上に努めた。また、医療機関の連携の下、適切な診断が行われるようにするために、遠隔病理診断支援等を可能とする体制を整備し

た。さらに、厚生労働科学研究費の研究班により、全国の拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスの開発を行っている。

2次医療圏に対する拠点病院の整備率は、平成19(2007)年5月時点において79.9%(358医療圏に対して286拠点病院)であったのに対し、平成21(2009)年4月時点において104.7%(358医療圏に対して375病院)であった。わが国に多いがんのうち一部について地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院の割合は、平成19(2007)年5月現在において13.6%(拠点病院286病院に対して39病院)、平成20(2008)年9月現在において11.7%(拠点病院375病院に対して44病院)であった。一方、わが国に多いがんすべてについて地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院の割合は、平成19(2007)年5月現在において2.1%(拠点病院286病院に対して6病院)、平成20(2008)年9月現在において2.1%(拠点病院375病院に対して8病院)であった。

### 3 がん医療に関する相談支援及び情報提供 (個別目標)

原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、相談支援センターを概ね1箇所程度整備するとともに、すべての相談支援センターにおいて、5年以内に、がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置することを目標とした。

また、がんに関する情報を掲載したパンフレットの種類を増加させるとともに、当該パンフレットを配布する医療機関等の数を増加させることを目標とした。加えて、当該パンフレットや、がんの種類による特性等も踏まえた患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすることを目標とした。

さらに、拠点病院における診療実績、専門的にがん診療を行う医師及び臨床試験の実施状況に関する情報等を更に充実させることを目標とした。

#### (進捗状況)

相談支援センターの整備を要件としていた拠点病院の指定要件を平成(2008)20年3月に見直し、がん対策情報センターによる研修を修了した専従及び専任の相談員を複数人以上配置することとした。なお、平成20(2008)年3月より以前に拠点病院として指定された病院については、新しい指定要件を平成22(2010)年4月1日から適用した。拠点病院に対して、相談支援センターの機能強化のために必要

な経費に関する補助を行い、がん対策情報センターにおいては、がん相談員研修を実施し相談支援マニュアルを作成するとともに、ホームページや各種イベントによる情報発信等を実施した。

2次医療圏に対する相談支援センターの整備率は、平成19(2007)年5月時点において78.5%(358医療圏に対して281病院)であったのに対し、平成20(2008)年9月時点において104.7%(358医療圏に対して375病院)であった。がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置している拠点病院の割合は、平成19(2007)年4月時点において0%であったのに対し、平成21(2009)年9月時点において97.9%(375拠点病院に対して367病院)であった。

がん対策情報センターにおいて、小児がんを含む各種がんに関するパンフレットを作成した。冊子の作成にあたっては、編集委員会を設置し、患者・市民パネル、専門家パネルによる査読を行った。冊子は拠点病院、都道府県、日本医師会等を通じて医療機関へ配布するとともに、保健所、公共図書館等の公共機関へも配布した。

平成19(2007)年4月時点において、がん対策情報センターのパンフレットの種類は4種類であったのが、平成22(2010)年3月時点においては46種類であった。これらパンフレットは、作成元のがん対策情報センターから拠点病院等に対して配布され、拠点病院から該当医療圏の医療機関に配布されるとともに、がん対策情報センターのホームページに掲載した。

がん患者が必要な情報を取りまとめた患者必携については、平成21年6月試作版を完成し、患者等の意見を反映し修正を加えた上で、平成22年度より、ホームページに掲載するとともに、配布を開始する予定である。

拠点病院に毎年診療実績等を記載する現況報告書を提出することを求め、当該情報をごん対策情報センターにおいて公表している。

がん対策情報センターにおいて情報提供している拠点病院の診療実績等の項目は、平成19(2007)年度において44項目、平成20(2008)年度において130項目である。

#### 4 がん登録

##### (個別目標)

院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべ

ての拠点病院における院内がん登録の実施状況（診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況等）を把握し、その状況を改善することを目標とした。

また、すべての拠点病院において、5年以内に、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講することを目標とした。なお、平成20（2008）年3月より以前に拠点病院として指定された病院については、新しい指定要件を平成22（2010）年4月1日から適用した。

さらに、がん登録に対する国民の認知度調査を行うとともに、がん登録の在り方について更なる検討を行い、その課題及び対応策を取りまとめることを目標とした。

#### （進捗状況）

都道府県がん対策推進計画に基づき、拠点病院を中心に、院内がん登録を実施している医療機関数は増加した。また、がん対策情報センターにより、拠点病院の院内がん登録の現況調査を実施し、現況調査の結果を踏まえ、拠点病院に対する支援策について検討した。さらに、拠点病院の指定要件を平成20（2008）年3月に見直し、院内がん登録の集計結果等をごん対策情報センターに情報提供することを求めた。なお、平成20（2008）年3月より以前に拠点病院として指定された病院については、新しい指定要件を平成22（2010）年4月1日から適用した。院内がん登録の機能強化のために必要な経費に関する補助を行い、地域や全国レベルで正確ながんの罹患率を把握するための整備や、拠点病院等へ情報提供を実施した。がん対策情報センターにおいて、精度の高いがん登録を実施するため、拠点病院等におけるがん登録関連業務の調査・実地指導を実施した。

平成19（2007）年当初に院内がん登録を行っている医療機関についての公式なデータはないが、がん診療連携拠点病院院内がん登録2007年全国集計報告書によると、平成19（2007）年8月時点における院内がん登録の実施状況調査においては、275施設において院内がん登録データをがん対策情報センターに提供していたが、平成21（2009）年12月時点における院内がん登録の実施状況調査においては、377施設ががん対策情報センターにがん登録データ提供を行っており、院内がん登録実施医療機関数は着実に増加している。予後調査の実施率は平成19（2007）年8月時点において4.9%（拠点病院267病院のうち、13病院）であったが、院内がん登録の実施の標準化について整備を行い、平成21（2009）年12月時点では12.7%（データ提供した377病院のうち、48病院）と増加しつつある。

拠点病院の指定要件を平成20(2008)年3月に見直し、がん対策情報センターによるがん対策情報センターによる研修を受講した専任のがん登録の実務を担う者の配置を義務付けた。

がん対策情報センターによる研修を受講したがん登録実務者を配置している拠点病院の割合は、平成20(2008)年3月時点において55.4%(拠点病院267病院のうち、148病院)であったのに対し、平成21(2009)年4月は65.3%(拠点病院375病院のうち、245病院)であった。

がん登録に対する国民の認知度について調査するため、平成19(2007)年9月及び平成21年9月に世論調査を実施した。平成19年(2007)9月の世論調査によると、がん登録の認知度は13.4%であったのに対し、平成21(2009)年9月の世論調査によると、13.6%であった。なお、がん登録の認知度とは、がん登録を知っているかという問に対し、「よく知っている」または「言葉だけは知っている」と答えた者の割合である。

また、がん登録の課題及び対応策については、厚生労働科学研究やがん研究助成金の研究班において別表のとおりとりまとめられた。

## 5 がんの予防 (個別目標)

発がんリスクの低減を図るため、たばこ対策について、すべての国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識すること、適切な受動喫煙防止対策を実施すること、未成年者の喫煙率を3年以内に0%とすること、さらに、禁煙支援プログラムの更なる普及を図りつつ、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とした。

また、健康日本21に掲げられている「野菜の摂取量の増加」、「1日の食事において、果物類を摂取している者の増加」及び「脂肪エネルギー比率の減少」等を目標とした。

## (進捗状況)

たばこの受動喫煙防止対策の重要性等の正しい知識の普及のためにシンポジウムを行い、啓発用ポスターを作成した。地方自治体の申請に基づいて地域の実情にあわせたたばこ対策に対する国庫補助を行った。平成20(2008)年度から開始された、正しい健康情報の発信、生活習慣を改善するための専門プログラム等の提供を行うための健康増進総合支援システムの運用を行った。「がん予防重点健康養育及びがん検診実施のための指針について」(平成20(2008)年3月31日付け健発

第0331058号厚生労働省健康局長通知)において、予防健康教育の対象に胃がんを追加した。

喫煙が及ぼす健康影響に関する十分な知識の普及については、平成15(2003)年国民健康・栄養調査において、87.5%が肺がんに対する健康影響を知っていると回答し、平成20(2008)年国民健康・栄養調査においても87.5%が知っていると回答した。未成年者の喫煙率は、平成16年度の厚生労働科学研究の研究班の調査によると、男性(中学1年)3.2%、男性(高校3年)21.7%、女性(中学1年)2.4%、女性(高校3年)9.7%であったのに対し、平成20(2008)年度の厚生労働科学研究の研究班の調査によると、男性(中学1年)1.5%、男性(高校3年)12.8%、女性(中学1年)1.1%、女性(高校3年)5.3%であった。

野菜の摂取量については、平成16(2004)年国民健康・栄養調査によると、成人1日あたりの平均摂取量が267gであったのに対し、平成20(2008)年国民健康・栄養調査によると、295gであった。成人1日の食事において、果物類を摂取している者の割合については、平成16(2004)年国民健康・栄養調査によると、63.5%であったのに対し、平成18(2006)年国民健康・栄養調査によると、60.0%であった。1日あたりの平均脂肪エネルギー比率については、20~40歳代において、平成16(2004)年国民健康・栄養調査によると、26.7%であったのに対し、平成18(2006)年国民健康・栄養調査によると、27.1%であった。

## 6 がんの早期発見

### (個別目標)

がん検診の受診率について、欧米諸国に比べて低いことも踏まえ、効果的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、5年以内に、50%以上(乳がん検診、大腸がん検診等)とすることを目標とした。

また、すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施されることを目標とした。なお、これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いることとした。

### (進捗状況)

がん検診受診率50%に向けた取組を検討し、またがんに関する普及啓発懇談会を設置して、国・自治体・企業・検診機関・患者団体等が一



体となった、がん検診新受診率向上に向けた広報を全国展開した。

がん検診の受診率は、平成16（2004）年6月国民生活基礎調査によると、男性は胃がん27.6%、肺がん16.7%、大腸がん22.2%、女性は胃がん22.4%、肺がん13.5%、子宮がん20.8%、乳がん19.8%、大腸がん18.5%であったのに対し、平成19（2007）年6月国民生活基礎調査によると、男性は胃がん32.5%、肺がん25.7%、大腸がん27.5%、女性は胃がん25.3%、肺がん21.1%、子宮がん21.3%、乳がん20.3%、大腸がん22.7%であった。

今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方を検討し、がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針等を策定し、また、「健康診査管理指導等事業実施のための指針について」（平成20（2008）年3月31日付け健総発第0331012号厚生労働省健康局総務課長通知）において、生活習慣病検診等管理指導協議会の下に各がん部会（胃がん部会等）を設置し、生活習慣病検診等従事者講習会等の各種講習会等の実施、事業評価及び精度管理等の実施を行った。さらに、がん検診精度管理を向上させるため、検診機関の設置基準や実施担当者の習熟度等のプロセス評価、及び受診率、要精密検査率、がん発見率等の数値基準等のアウトカム評価等を推進するための検討会を開催した。また、読影技術の補完としてCADを導入し、見落とし等の件数を削減し、検診精度の向上を図った。さらに、これまで検診体制確立のため、読影医師等の研修に取り組んできたところであるが、これらの研修を受けた者を含め、更にレベルアップさせるための上級研修を実施し、より精度の高いマンモグラフィを推進した。市町村が実施するがん検診については、各実施機関ごとの受診者数、要精密検査率等のデータが把握できていないことから、都道府県においてがん検診実施機関の個別データを収集してデータベースを構築する体制を事業化した。読影による診断に困難な事例がある場合等、より読影力のある読影医師のいる病院等へデータで送受信し、的確な助言・指導を受けることができるよう診断支援を行った。

精度管理・事業評価を適切に実施している市町村の割合は、厚生労働科学研究の研究班によると、事業評価のためのチェックリストの大項目を8割以上実施している自治体は、平成19（2007）年度において、胃がん検診は57.9%、大腸がん検診は53.6%、肺がん検診は50.8%、乳がん検診は55.7%、子宮がん検診は54.8%であったのに対し、平成21年（2009）年度においては、胃がん検診は56.5%、大腸がん検診は53.5%、肺がん検診は53.9%、乳がん検診は54.4%、子宮がん検診は56.5%であった。なお、平成21（2009）年度調査では、回答の正確性を担保する為に回答基準

を平成19（2007）年度調査より厳しく設定しており、前回調査と単純比較はできない。国の指針どおりにがん検診を実施している市町村の割合は、平成18（2006）年1月の調査によると、胃がん99.7%、子宮がん99.6%、肺がん90.1%、乳がん83.5%、大腸がん98.9%であったのが、平成20（2008）年1月の調査によると、胃がん97.8%、子宮がん93.9%、肺がん92.3%、乳がん87.9%、大腸がん97.8%であった。

## 7 がん研究

### （個別目標）

がんによる死亡者の減少、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を実現するためのがん対策に資する研究をより一層推進していくことを目標とした。

### （進捗状況）

厚生労働省においては、厚生労働科学研究によりがんによる死亡者の減少、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を実現するためのがん対策に資する研究をより一層推進し、またがん対策情報センターにより多施設共同臨床試験を支援した。文部科学省では、平成19（2007）年度から開始した橋渡し研究支援推進プログラム等において、がん等の有望な基礎研究の成果の実用化に向けた取組を推進し、経済産業省においては、「分子イメージング機器研究開発プロジェクト」「インテリジェント手術機器研究開発プロジェクト」については厚生労働省の厚生労働科学研究費補助金（医療機器開発推進研究事業）と一部連携し、産官学が連携した事業支援（マッチングファンド）を行った。

研究費関連予算額として、平成18（2006）年度において、厚生労働省83億円、文部科学省15.1億円、経済産業省98億円であったのに対して、平成21（2009）年度において、厚生労働省99億円、文部科学省186億円、経済産業省102億円であった。

## 第4章 今後の対応

### I 全般的な課題

- 1 がんによる死亡者の減少
- 2 すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

### II 分野別の課題

#### 1 がん医療

- ①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

- ②緩和ケア
- ③在宅医療
- ④診療ガイドライン
- ⑤その他

- 2 医療機関の整備等
- 3 がん医療に関する相談支援及び情報提供
- 4 がん登録
- 5 がんの予防
- 6 がんの早期発見
- 7 がん研究

## 第5章 終わりに

- I がん対策推進基本計画中間報告の総括
- II がん対策推進基本計画中間報告実績値と今後の課題一覧
- III がん対策推進基本計画代表目標項目一覧

- 資料1 がん対策推進協議会設置要綱及び構成員
- 資料2 がん対策推進協議会開催状況
- 資料3 がん対策推進基本計画に関する主な施策の概要
- 資料4 未設定数値目標の設定方法
- 資料5 都道府県がん対策指針計画策定状況

がん登録における課題と対応策

がん登録関連研究班・主任研究者研究代表者連絡会議

がん研究助成金

- 総合研究 20-2「地域がん登録資料のがん対策およびがん研究への活用に関する研究」大阪府立成人病センター 井岡亜希子
- 計画研究 20-3「地域がん専門診療施設のソフト面の整備拡充に関する研究」千葉県がんセンター 三上春夫
- 総合研究 15-1「主要がんの全国登録に基づく患者情報の解析と活用に関する研究」国立がんセンター 浅村尚生
- 分野別指定研究 21 分指-10「がん登録等、がんの実態把握に資する疫学的・基盤的研究」国立がんセンター 祖父江友孝
- 分野別指定研究 21 分指-10-①「院内がん登録および臓器がん登録と連携した診療科データの構築と活用に関する研究」国立がんセンター 西本寛

第3次対がん総合戦略研究事業

- H21-3 次がん一般-013「がん罹患・死亡動向の実態把握の研究」国立がんセンター 祖父江友孝
- H19-3 次がん一般-036「院内がん登録の標準化と普及に関する研究」国立がんセンター 西本寛
- H19-3 次がん一般-038「がんの診療科データベースとJapanese National Cancer Database (JNCDB)の構築と運用」

大阪大学大学院医学系研究科 手島昭樹

がん臨床研究事業

- H18-がん臨床一般-020「がん患者の医療機関受診に関する動態調査」大阪府立成人病センター 津熊秀明
- H19-がん臨床一般-009「タイムスタディ等の定量的な検討を踏まえたがん医療における専門スタッフの効果的な配置や支援のあり方に関する研究」  
大阪大学大学院医学系研究科 大野ゆう子
- H19-がん臨床一般-012「小児がん治療患者の長期フォローアップとその体制整備に関する研究」国立成育医療センター研究所 藤本純一郎

地域がん登録

課題 分野	課題 項目	課題内容	対応策（短期的）	対応策（中長期的）	備考
A) 患者情報収集					
1. 医療機関からの患者情報収集（医療機関→県）					
	1-1.	主治医の篤志協力が依存し、届出漏れが多数存在	1-1. 登録実務者による拠点病院院内がん登録の整備、拠点以外の院内がん登録の整備拡大、拠点病院への患者集約	1-1. 地域がん登録の法律により、登録実務者の配置による医療機関等の届出・採録への協力を義務化	
	1-2.	記入情報の質が不均一	1-2. 院内がん登録整備、地域がん登録中央登録室からの出張採録	1-2. —	
	1-3.	医療機関に対して支払う届出謝金が財政を圧迫	1-3. 届出謝金の廃止	1-3. —	
	1-4.	他県医療機関で診療を受けた患者情報収集が困難	1-4. 施設より各県に提出、または、県間で情報交換	1-4. 国レベルでの個人情報収集の検討	
	1-5.	病理検査機関、検診機関からの協力体制整備が困難	1-5. 病理検査機関、検診機関からの協力事例の収集と体制の検討、試行	1-5. 国レベルの病理検査データベース、検診データベースの構築	
	1-6.	レセプト、DPC 等の利用が困難	1-6. —	1-6. 「医療の質」の評価を含めたがん診療情報の収集・整備体制の検討	
	1-7.	漢字（氏名・住所）の外字の扱いが電算システム間で不統一なため、電子媒体でのデータのやりとりが困難	1-7. 電算システム間での外字の扱いの統一化	1-7. 漢字氏名にかわる個人同定番号の導入	
2. 罹患情報補足としての死亡情報の利用（県）					
	2-1.	新統計法に従った申請方法に対応する必要あり	2-1. 県からの二次利用申請の定式化	2-1. 法律による人口動態統計死亡データ利用の明文化、電子媒	
			2-2. 標準判断基準の徹底と死因コー		

2-2. がん死亡・非がん死亡の判断が不統一

ドによる確認作業の標準化

体による個人情報利用

2-2. 国レベルでの振り分け済み死亡情報の電子媒体による提供

### 3. 地域がん登録室における品質管理(県)

3-1. 標準 DBS 導入地域以外の個人同定手法と品質管理に遅れ

3-1. 標準 DBS の普及

3-1. -

3-2. 個人同定指標の記載不備、改名、転居等により、同一人物が誤って別人と登録されると統計指標が不正確

3-2. 住民票照会の実施

3-2. 何らかの ID 番号の利用による個人同定精度の向上

## B) 予後情報収集

### 1. 予後情報としての死亡情報の利用(県)

1-1. 非がん死亡情報との照合ができていない登録が多い

1-1. 非がん照合作業の人員確保、実施タイミングの標準化、住民票照会との併用

1-1. 国レベルでの予後調査の実施の検討

1-2. 人口動態統計に由来する死亡情報を届出元医療機関に還元できない

1-2. 法律による利用許可

1-2. -

### 2. 住民票照会の円滑化(県)

2-1. 個人同意がない閲覧あるいは写しの発行に対する各市区町村の対応が異なる

2-1. 公的な通知による対応の統一化と、自治体・登録室双方への予算面・人員面への配慮

2-1. 住基ネットなどの電算処理による予後調査

### 3. 住基ネットの利用(県)

2-2. 条例を制定した県のみ可能

2-2. いくつかの県での事例を蓄積・共有

2-2. 法律による利用の明文化

2-3. 利用可能な情報が限られ、手作

2-3. 同上

業での照合が基本

2-3. ファイル照合による生死確認の可能性を探る

### ○ 集計・報告

#### 1. 地域がん登録室における集計・報告(県)

- 1-1. 標準 DBS 導入県以外では、集計表が不統一
- 1-2. 報告書の配布先が限定、ホームページの整備遅れ

- 1-1. 標準 DBS 導入促進
- 1-2. ホームページの整備促進

- 1-1. -
- 1-2. -

#### 2. 全国モニタリング集計(県→国)

- 2-1. 研究班活動とがん対策情報センター業務とが混在
- 2-2. 未実施県の存在するため全県での実測ができない
- 2-3. 登録漏れが多く、データの質が不均一
- 2-4. 集計年が遅い(2004 年罹患を 2009 年収集)(2-3 年の短縮が望ましい)
- 2-5. 地域間重複データ(診断時住所で制御)のチェックができない

- 2-1. がん対策情報センターでの事業化、NPO への事業委託
- 2-2. 国の整備事業予算化
- 2-3. -
- 2-4. 拠点病院からの届出増大に対する人員の手当て
- 2-5. -

- 2-1. -
- 2-2. 法律により、がん登録自体を国の事業として予算化
- 2-3. 法律による届出義務化
- 2-4. 地域がん登録の法制化により、医療機関からの届出期限の定義
- 2-5. 国レベルでの個人情報収集

#### 3. 全国モニタリング集計における品質管理(県→国)

- 3-1. 品質管理作業に時間を要し、データ収集から報告書作成まで 1 年かかっている。

- 3-1. 予算・人員の確保、県からの提出データの品質向上

- 3-1. -

#### 4. 全国モニタリング集計による生存率集計(県→国)

- 4-1. 集計年が遅い(2002 年罹患を 2009 年収集)
- 4-2. 通常の 5 年生存率では、5 年前の診療

- 4-1. -
- 4-2. Period Analysis による最近の診療を加味した評価(→1 年ご

- 4-1. -
- 4-2. -

評価しかできない

との予後調査が必要)

D) 分析・評価・活用

1 県における地域がん登録データの分析・評価・活用(県)

- |  |  |        |
|--|--|--------|
| 1-1. 県での人口動態死亡データの利用体制が異なる(人口動態死亡データを購入手続きがない県、購入しても地域がん登録で利用できない県がある) | 1-1. -   | 1-1. - |
| 1-2. 集計結果を解釈し、有効活用する人員・体制が多く、多くの県で未整備                                  | 1-2. 利用の実例に関する講習の継続、拡大   | 1-2. - |
| 1-3. データ利用に関する手続きが県により異なる  | 1-3. データ利用について、研究班で標準化(手続きや標準 DBS からのデータ出力)を整備中<br>がん登録の目的として、資料の活用範囲を予め明示する<br>データ利用を計画し、実施し、報告できる人員を確保 | 1-3. - |

2 国における地域がん登録データの分析・評価・活用(国)

- |  |                                  |        |
|--|----------------------------------|--------|
| 2-1. 国立がんセンターでの人口動態死亡データの入手・利用範囲が限定されている(統計法第 33 条の手続きに基づく)  | 2-1. 人口動態統計死亡情報の利用範囲拡大、利用手続きの簡素化 | 2-1. - |
| 2-2. がん対策推進基本計画に利用されなかった                                     | 2-2. 罹患データの対策への利用                | 2-2. - |
| 2-3. 予め定めた利用範囲での利用に限定している(登録精度の向上までは、結果を解釈しうる関係者に限定した方が望ましい) | 2-3. 予算措置と精度向上をした上で<br>のデータ活用推進  | 2-3. - |

E) 体制整備

1 地域がん登録室の体制整備(県)



- |  |                       |        |
|--|-----------------------|--------|
| 1-1. 登録業務の標準化において、研究班活動としては成果を上げているが、県業務に対して研究として介入することについて限界がある | 1-1. 標準化推進に対する予算措置    | 1-1. ー |
| 1-2. 登録室人員（責任者、医師、職員）の確保が困難                                      | 1-2. 講習会等の機会拡充と人的予算措置 | 1-2. ー |

## 2. 地域がん登録における個人情報保護（県）

- |                               |  |                   |
|-------------------------------|--|-------------------|
| 2-1. 各県が専門知識をもたずに、バラバラに対応している | 2-1. 地域がん登録室におけるデータ安全管理措置についてハンドブックを作成。実態調査を行った上で、課題へ対応。 | 2-1. 第三者による認証システム |
|-------------------------------|--|-------------------|

## 3. 中央機関における体制整備（国）

- |  |                            |        |
|--|----------------------------|--------|
| 3-1. 国立がんセンターがん対策情報センターのスタッフと研究班非常勤職員で対応しているが、人員不足 | 3-1. NPO に業務委託する等の手段で人員を確保 | 3-1. ー |
|--|----------------------------|--------|

## 4. 医療の質を評価するための体制整備（医療機関→県→国）

- |        |        |  |
|--------|--------|--|
| 4-1. ー | 4-1. ー | 4-1. 「医療の質」の評価を視野に入れたがん登録の役割、連携体制の見直しが必要 |
|--------|--------|--|

院内がん登録

課題 分野	課題 項目	課題内容	対応策（短期的）	対応策（中長期的）	備考
<b>A) 患者情報収集</b>					
1. 院内がん登録室における患者情報収集（医療機関）					
	1-1.	院内・地域の登録の不一致	1-1. 院内・地域で登録項目の統一（院内から地域への登録の際に無変換で登録可能な定義に統一）	1-1. —	
	1-2.	対象者抽出・登録作業の標準化、質の向上	1-2. 同上	1-2. —	
	1-3.	他府県居住者の対応	1-3. 施設より各県に提出、または、県間で情報交換を実施	1-3. —	
2. 院内がん登録室における品質管理（医療機関）					
	2-1.	HosCanR（国がん提供の登録ソフト）以外の独自システムにおける品質管理の実態不明	2-1. 標準的な院内がん登録における品質管理ロジックの要件整理と公表	2-1. —	
	2-2.	品質管理ツールによるデータクリーニングが不徹底	2-2. —	2-2. —	
<b>B) 予後情報収集</b>					
1. 住民票照会などの体制整備（医療機関）					
	1-1.	院内がん登録からの住民票照会の手順・手続きが未整備	1-1. 予後情報の収集と情報共有の流れの整理（院内・地域双方の死亡・生存確認情報の届出・還元体制）と法律による対応	1-1. 国レベルでの予後調査実施の検討	
	1-2.	住民票照会に伴う人員・費用（手数料、郵送料、印刷代等）の確保されていない	1-2. 同上	1-2. 同上	
	1-3.	市区町村側の負担増大（実施施	1-3. 同上	1-3. 同上	

設数の増加、同じ患者に対する  
複数問い合わせの対応)

◎ 集計・報告

1. 拠点病院院内がん登録集計（医療機関）

1-1. 個々の医療機関での集計報告が  
統一されていない

1-1. 標準となるモデルを提示

1-1. ー

2. 拠点病院院内がん登録全国集計（国）

2-1. 施設間重複データがチェックで  
きない

2-1. ー

2-1. 国レベルで個人情報収集し  
て、重複データのチェックを  
実施

2-2. 未提出施設あり

2-2. 提出の徹底

2-2. ー

3. 拠点院内全国集計における品質管理（国）

3-1. 集計結果の即時性を優先し、エ  
ラーデータを集計対象から外し  
て集計し、品質管理結果の還元  
は、集計結果と同時に実施

3-1. データ提出時のエラーチェック  
を徹底

3-1. ー

4. 拠点院内全国集計における生存率集計（国）

4-1. 2007 年患者の 3 年予後を  
2011 年に収集予定。その後、  
5年後に拡大。

4-1. 2011 年収集予定の予後調査体  
制整備

4-1. 国レベルでの予後調査を検討  
（県間の転出入の確認が省け  
て効率的）

D) 分析・評価・活用

1. 県における院内がん登録データの分析・評価・活用（県）

1-1. 施設別集計の活用・公表は、県  
によって不統一

1-1. 県がん診療連携協議会の場合を活  
用して、分析・評価・活用を促  
進。活用事例を共有

1-1. ー

1-2. ー

2 国における院内がん登録データの分析・評価・活用(国)

- |                               |                  |        |
|-------------------------------|------------------|--------|
| 2-1. 2007年診断例を2009年に初めて収集して集計 | 2-1. 今後とも毎年収集を継続 | 2-1. ー |
| 2-2. 活用は未着手                   | 2-2. 活用は今後検討     | 2-2. ー |

E) 体制整備

1 院内がん登録室の体制整備(医療機関)

- |                        |                   |        |
|------------------------|-------------------|--------|
| 1-1. 担当職員の確保・育成が十分ではない | 1-1. 研修、現地訪問による指導 | 1-1. ー |
|------------------------|-------------------|--------|

2 院内がん登録室の個人情報保護(医療機関→国)

- |                         |                      |        |
|-------------------------|----------------------|--------|
| 2-1. データ提出時の匿名化プロセスが不統一 | 2-1. 標準ソフトの普及、手順書の提示 | 2-1. ー |
|-------------------------|----------------------|--------|

3 中央機関の体制整備(国)

- |                        |                   |        |
|------------------------|-------------------|--------|
| 3-1. 担当職員の確保・育成が十分ではない | 3-1. 研修、現地訪問による指導 | 3-1. ー |
|------------------------|-------------------|--------|

4 医療の質を評価するための体制整備(医療機関→国)

- |                                     |   |        |
|-------------------------------------|---|--------|
| 4-1. 医療の質を測定するために必要な詳細臨床情報を得る仕組みがない | 4-1. 既存データベース(DPCなど)との照合、サンプリング調査、臓器がん登録との連携を検討 | 4-1. ー |
|-------------------------------------|---|--------|

臓器がん登録

課題 分野	課題 項目	課題内容	対応策（短期的）	対応策（中長期的）	備考
A) 患者情報収集					
1. 医療機関からの患者情報提供（医療機関）					
	1-1.	診療科データベースの運営が医師の篤志的努力による場合が多い	1-1. 病院としての支援 1-2. 院内がん登録と診療科データベースの連携を促進するモデルを提示	1-1. — 1-2. —	
	1-2.	同一病院内での院内がん登録と診療科データベースとの連携が不十分な施設が多い			
3. 医療機関における品質管理（医療機関）					
	2-1.	品質管理手順について統一したものはなく、登録担当者の自発的努力によっている	2-1. 臓器がん登録室からの指示の徹底、統一的な品質管理基準を検討する	2-1. —	
4. 臓器がん登録室の品質管理（学会）					
	3-1.	品質管理手順について統一したものはなく、登録担当者の自発的努力によっている	3-1. 臓器がん登録間で、定期的な情報交換の場を設定し、統一的な品質管理基準を検討する	3-1. —	
B) 予後情報収集					
1. 医療機関における体制整備（医療機関）					
	1-1.	病院における予後調査体制が未整備	1-1. 病院における予後調査を支援 1-2. 院内がん登録との情報共有促進	1-1. 国レベルでの予後調査実施の検討 1-2. —	
	1-2.	院内がん登録との情報共有がされていない			

C) 集計・報告

1. 集計解析 (学会)

- |                              |        |                                    |
|------------------------------|--------|------------------------------------|
| 1-1. データ管理専門家の関与がない<br>場合が多い | 1-1. — | 1-1. 中央登録室業務を支援するデ<br>ータセンターの設置を検討 |
|------------------------------|--------|------------------------------------|

2. 結果公表 (学会)

- |   |                                   |        |
|---|-----------------------------------|--------|
| 2-1. 各実施主体が独自形式での報<br>告、公表体制をとっており (年<br>報発行、販売、英語論文のみな<br>ど)、活用が十分ではない | 2-1. 公表に際してのモデルの提示、<br>公表のための費用支援 | 2-1. — |
|---|-----------------------------------|--------|

D) 分析・評価・活用

1. 個別データの分析・評価 (学会)

- |                               |                     |        |
|-------------------------------|---------------------|--------|
| 1-1. 学会員・登録者のみが利用可能<br>の場合が多い | 1-1. 第三者利用の条件・体制の検討 | 1-1. — |
|-------------------------------|---------------------|--------|

2. 資料の活用 (学会)

- |  |                  |        |
|--|------------------|--------|
| 2-1. 病期分類の改善案の提案、ガイ<br>ドライン策定などで一部の臓器<br>において限定的に利用されてい<br>るのみ | 2-1. 好事例の情報を共有する | 2-1. — |
| 2-2. 施設ごとの情報還元があまりな<br>されていないため、診療の質の<br>測定には利用されていない          | 2-2. 同上          | 2-2. — |

3. 国際活動 (学会)

- |  |                  |        |
|--|------------------|--------|
| 3-1. 国際的な病期分類改訂に際し<br>て、日本からの提案の証拠とし<br>て利用されることが少ない | 3-1. 好事例の情報を共有する | 3-1. — |
|--|------------------|--------|

## E) 体制整備

### 1. 中央登録室の体制整備 (学会)

- |  |                               |                            |
|--|-------------------------------|----------------------------|
| 9-1. 財政支援の基盤が弱く、登録業務担当者の負担が大きい                 | 9-1. 公的研究費による支援の強化            | 9-1. 中央登録業務を支援するデータセンターの設置 |
| 9-2. 意志決定には、実施学会の手続きが必要であり、登録に最適な体制作りが迅速に行いづらい | 9-2. 学会内での登録委員会の役割と意志決定方法の明確化 | 9-2. ー                     |

### 2. 個人情報保護 (学会)

- |  |  |         |
|--|--|---------|
| 10-1. 連結可能匿名化で情報提供をする場合、匿名化プロセスについて各臓器がん登録がバラバラに対応している | 10-1. 匿名化プロセスについて、臓器がん登録間で、定期的な情報交換の場を設定する | 10-1. ー |
|--|--|---------|

### 3. 臓器がん登録間の連携 (学会)

- |                               |                    |        |
|-------------------------------|--------------------|--------|
| 4-1. 臓器がん登録間での情報交換を行うシステムが未整備 | 4-1. 定期的な情報交換の場を設定 | 4-1. ー |
|-------------------------------|--------------------|--------|

### 4. 医療の質を評価するための体制整備 (学会)

- |                        |                                 |        |
|------------------------|---------------------------------|--------|
| 5-1. 質を評価するための取り組みが少ない | 5-1. 学会として質評価のための活動に臓器がん登録を利用する | 5-1. ー |
|------------------------|---------------------------------|--------|

小児がん登録

課題 分野	課題 項目	課題内容	対応策（短期的）	対応策（中長期的）	備考
A) 患者情報収集					
1. 学会登録					
	1-1.	日本小児血液学会の小児血液腫瘍登録(2006年開始)、日本小児がん学会の小児全般の登録(2005年開始、中断後2009年再開)は、web登録を基本。前者は、臨床研究活動と連動し、後者へ情報提供。提供者からの同意取得はしない。この他に、日本小児外科学会の小児固形腫瘍登録(病型限定、同意取得あり)、日本眼科学会の網膜芽腫登録(同意取得せず)があるが、悉皆性の高い登録は確立していない。	1-1. 各学会登録の連携を促進。小児がん専門医の認定条件の1つとする。病理データベースなどとの照合を検討。 1-2. —	1-1. 地域がん登録との連携を念頭に、悉皆性登録は地域がん登録への移行を検討。学会登録は、体質や循環因子との関連など二次調査に特化。 小児慢性特定疾患研究事業の見直し(治療終了5年で給付の打ち切り) 1-2. —	
	1-2.	病理中央診断による登録の一本化と引き継いだ観察研究の仕組みを確立中			
2. 他のがん登録との協力					
	2-1.	地域がん登録の項目が、小児がんとはあわない。モデル地域に	2-1. 登録項目の変更、小児がん登録専門登録士の養成、小児がん専	2-1. 小児がんも年齢区分の違いとして集計されるようにする	



	て検討中		門病院の拠点化と院内がん登録の促進、臨床研究グループとの連携		小児慢性疾患登録情報参照の精度整備
2-2.	匿名データなので、臓器がん登録と照合できない。			2-2.	—
		2-2.	放射線治療に関しては、可能性があるので検討		

### 3. 品質管理

3-1.	日本小児がん学会の登録は、診療科単位であるため、重複登録が多くなる可能性あり	3-1.	—	3-1.	個人情報付きの登録を検討
3-2.	匿名化登録のためデータクリーニングが容易ではない	3-2.	—	3-2.	同上
3-3.	診断の正確さをチェックしていない	3-3.	固形腫瘍の臨床研究と連携し、診断精度を向上させる	3-3.	—

## B) 予後情報収集

### 1. 学会登録

1-1.	血液腫瘍に関しては、毎年予後情報を収集しているが、個人情報の取り扱いが厳格になる状況では、予後情報登録率は低下傾向。固形がんに関しては、予後情報収集の計画なし	1-1.	臨床研究グループによる予後調査観察研究の推進との連携、小児がんフォローアップセンター整備による長期予後情報収集	1-1.	小児がん拠点病院間での、質の高い情報収集
------	---	------	---	------	----------------------

### 2. 他のがん登録との協力

2-1.	小児がんの場合、「死亡」以外の予後も重要であるが、データ収集はできていない	2-1.	上述の予後調査観察研究と連携、および、臨床研究グループとの連携	2-1.	法的制度が必要
------	---------------------------------------	------	---------------------------------	------	---------

C) 集計・報告

1. 学会登録

- |                                    |   |        |
|------------------------------------|---|--------|
| 1-1. 固形腫瘍登録は、精度が低くかつ登録が低いため、活用が難しい | 1-1. データ精度の向上                                 | 1-1. — |
| 1-2. 学会ホームページや学会雑誌掲載のため周知がされていない   | 1-2. 小児がん情報データベースサイトの開設（成育HP内に小児がん情報ステーション開設） | 1-2. — |

D) 活用（単位：国、ブロック、県）

1. 学会報告

- |        |        |        |
|--------|--------|--------|
| 1-1. — | 1-1. — | 1-1. — |
|--------|--------|--------|
-